UNIVERSITE PARIS VI

FACULTE DE MEDECINE - BROUSSAIS - HOTEL DIEU

1971

98

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Françoise EYMARD née MENOT

Née le 24 mai 1944 à PARIS 12 - SEINE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 1971

REFLEXIONS SUR LES CRITERES ACTUELS DE PLACEMENT DES ENFANTS HANDICAPES PHYSIQUES

Doyen : P. MILLIEZ

Président : R. MANDE

UNIVERSITE PARIS VI

FACULTE DE MEDECINE _ BROUSSAIS _ HOTEL DIEU

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Françoise EYMARD née MENOT

Née le 24 mai 1944 à PARIS 12 _ SEINE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

REFLEXIONS SUR LES CRITERES ACTUELS DE PLACEMENT DES ENFANTS HANDICAPES PHYSIQUES

Doyen : P. MILLIEZ

Président : R. MANDE

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

A mes parents

A mon mari et à mon fils Patrick

A ma famille

A tous mes amis

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

A Monsieur le Professeur Raymond MANDE

Médecin de l'hôpital des Enfants - Malades

Professeur de Clinique à la Faculté de Médecine

qui m'a fait l'honneur d'accepter

la présidence de cette thèse

Je le prie de bien vou-

loir être assuré de ma respectueuse

reconnaissance.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543511_0016

A Monsieur le Professeur Agrégé Bernard LEVEQUE

Médecin de l'hôpital des Enfants - Malades

qui m'a inspiré le sujet de ce travail,

pour lequel il m'a conseillée et aidée

avec la plus grande bienveillance .

Qu'il trouve ici l'expression de

mes remerciements les plus respectueux .

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

TABLE des MATIERES

-:-:-:

INTRODUCTION

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Différentes raisons ont conduit la Chaire de Pédiatrie Sociale a s'intéresser aux problèmes posés par les placements d'enfants, et plus particulièrement à ceux qui interviennent dans le cadre hospitalier, après un séjour à l'hôpital ou une consultation .

C'est tout d'abord le nombre très certainement élevé d'enfants concernés, sans toutefois que l'on puisse à l'heure actuelle donner de statistiques précises à ce sujet (1) .

C'est également l'amélioration des techniques en matière de surveillance , de rééducation fonctionnelle ou de diététique , qui , s'appliquant maintenant à de nombreuses affections chroniques , a modifié les indications de placement . On peut dire aussi que la prise en charge par la société ,par l'intermédiaire de la Sécurité Sociale et éventuellement de l'Aide Sociale , d'une plus grande partie des dépenses financières nécessitées par la maladie, permet à un plus grand nombre d'enfants de bénéficier de soins appropriés .

Ceci a contribué dans une certaine mesure à l'augmentation du nombre et de la durée des placements .

C'est enfin la prise en considération des répercussions psychologiques du placement (2- Launay C. et Davy C. , 3- Aboudrar Salgo J. , 28- Moor L.) , plus étudiées aujourd'hui qu'autrefois , et dont il est indispensable de tenir compte lorsque l'on envisage un placement .

La décision de placer un enfant après un séjour à l'hôpital , est prise par le médecin hospitalier , le plus souvent après avis de l'assistante sociale.Ceci implique donc l'existence d'un motif soit purement médical soit médico-social .

Du point de vue médical, le placement s'impose lorsque l'état de l'enfant nécessite des soins qu'il n'est pas raisonnable de poursuivre dans un centre hospitalier ,dont la mission est de porter un diagnostic et d'instituer un traitement pendant un temps relativement limité .

Du point de vue social , l'indication du placement repose sur l' impossibilité pour la famille d'assurer , dans des conditions satisfaisantes, la surveillance et les soins dont l'enfant malade ou handicapé a besoin .

Notre but , en entreprenant ce travail , est d'analyser , pour

les principales affections de l'enfant ,les motifs qui peuvent être valablement invoqués pour décider du placement .

En faisant le partage entre ceux qui s'imposent pour des raisons médicales et ceux qui sont motivés en partie par des raisons sociales , nous verrons que les premiers sont très peu nombreux .

Précisons que , en raison de l'ampleur du sujet , nous excluons de notre étude les enfants débiles mentaux , ceux présentant des troubles du comportement ainsi que les déficients sensoriels .

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

CHAPITRE I

-:-

a) Placement de longue durée d'enfants atteints d'affections chroniques

I) Handicapés moteurs :

Nous envisageons tout d'abord les problèmes posés par les handicapés moteurs (4-Musset A.) . On peut schématiquement distinguer dans ce groupe , les infirmes moteurs cérébraux et les handicapés moteurs non cérébraux .

Pour G. Tardieu, l'infirmité motrice cérébrale " est une lésion cérébrale entrainant des troubles moteurs chez un enfant , sans que l'intelligence soit atteinte, ce qui distingue complètement cette maladie des encéphalopathies chroniques de l'enfance, du reste les plus nombreuses , qui posent un problème douloureux , mais différent " .

Le nombre des infirmes moteurs cérébraux n'est pas rigoureusement connu . On peut admettre un pourcentage de 0,175 de la tranche d'âge de 5 à 19 ans . Pour certains (5 - guide Néret) , il y aurait 30 000 infirmes moteurs cérébraux environ en FRANCE et 2000 cas nouveaux chaque année .

Chez ces enfants , pour obtenir le maximum de résultats, la rééducation doit être précoce. Elle sera différente selon qu'il y a ou qu'il n'y a pas de troubles associés, en particulier un retard intellectuel. Il existe également dans 2/3 des cas des troubles de la parole qui nécessitent une rééducation particulière .

En cas d'infirmité motrice cérébrale pure, définie par la prédominence des troubles d'exécution des actes moteurs, il faut - prévenir les attitudes vicieuses par des plâtres limités et des attelles légères, - prévenir les déformations par la mobilisation passive de toutes les articulations, ce qui est facilement réalisable matin et soir par la mère.La présence d'un rééducateur connaissant bien les infirmes moteurs cérébraux est nécessaire pour acquérir le tonus de posture et plus tard pour apprendre à l'enfant le mécanisme de la marche . L'enfant doit apprendre au maximum à contrôler les mouvements involontaires .

Il ne semble pas y avoir de raisons strictement médicales au placement de tels enfants car, dans ce type d'inadaptation, c'est une action de tous les instants qui est nécessaire, action pour laquelle la famille apparait comme indispensable (6 - Salbreux R. , 7 - Normand G.) . Si elle est

formée et aidée, elle est en effet capable d'assurer une stimulation constante à cet enfant .

En principe ce sont donc des raisons médico-sociales qui amènent à placer un infirme moteur cérébral, telles :

- absence d'un centre de rééducation proche ou impossibilité de passage d'un rééducateur à domicile
- nécessité de scolarisation
- non coopération des parents ou surprotection .

Du fait d'une certaine similitude, nous envisagerons ici le problème de la myopathie . Cette affection atteint environ une centaine de sujets sur un million de naissances (8 - Belaisch G.) .Il existe fréquemment un déficit intellectuel surajouté qui rend le traitement encore plus décevant (9- Dague P. ,Demos J. , Florentin M.). Le but essentiel du traitement de la forme la plus fréquente et la plus grave (décrite par Duchenne de Boulogne) de cette maladie évolutive est de prévenir et de retarder l'apparition des rétractions musculo-tendineuses qui empêcheront la marche et rendrons le malade définitivement infirme et sujet aux complications de décubitus . Pour lutter contre les troubles vaso-moteurs, Demos, qui pense qu'ils sont dus à

une anomalie de la microcirculation, préconise, en plus des médicaments vasodilatateurs, l'usage de la thermothérapie : bains chauds à 37° puis mobilisation passive pour relâcher les muscles .

Le traitement doit être quotidien , mais ne nécessite pas de placement pour raisons strictement médicales .

Parmi les handicapés moteurs non cérébraux, nous pouvons distinguer schématiquement plusieurs catégories selon que le trouble moteur est d'origine neurologique, orthopédique ou rhumatologique . On y rattache également les sujets atteints d'agressions aïgues mais régressives .

Etudions tout d'abord la poliomyélite . Fort heureusement , le nombre d'enfants atteints décroit chaque année . En 1967 en FRANCE (10- Celers C.), 86 enfants de 0 à 19 ans ont eu une poliomyélite paralysante . Le plus souvent, le sujet est hospitalisé en raison de la gravité de la maladie. Après les deux ou trois premières semaines de la phase aïgue , un premier bilan peut être fait . Ne peuvent pas en général être traités à domicile les enfants qui ont une paralysie respiratoire et dont l'état nécessite une suppléance par un appareil mécanique (x) ; de même , le malade présentant des

---

x)Cependant, il est intéressant de signaler une expérience réalisée par A. Bertoye et al. (11) dans le cadre de l'association lyonnaise de lutte contre la poliomyélite. Elle a permis de montrer que le retour à domicile temporai-

troubles de la déglutition doit rester en traitement à l'hôpital . Sur le plan.de la rééducation de la fonction musculaire, on lutte contre les rétractions et les attitudes vicieuses et on essaie de développer au maximum les fibres musculaires intactes . Les différents modes de rééducation sont utilisés : postures actives et passives , gymnastique rééducative,mobilisation active et passive, balnéothérapie . De façon approximative, on peut considérer qu'il faut: - 3 h/jour de rééducation pour une poliomyélite récente et grave

- 8 à 10 h/semaine pour une poliomyélite récente et peu sévère
- 12 h/semaine pour une poliomyélite ancienne et une grosse atteinte
- 4 à 5 h/semaine pour une poliomyélite ancienne et peu sévère .

La présence de séquelles motrices (sauf respiration et déglutition),associées ou non à des troubles sphinctériens ou la nécessité d'une mise en station horizontale pendant au moins deux mois , parfois même un an, afin de prévenir une déformation du rachis, ne constituent pas sur le plan strictement médical, une indication de placement. Cependant, en cas d'atteinte motrice sé-

---

rement et même parfois définitivement de malades atteints d'insuffisance respiratoire chronique et appareillés est possible lorsqu'un certain nombre de conditions sont présentes :

- sur le plan médical: stabilisation de l'affection, absence de complications viscérales ou d'escarres
- sur le plan matériel : confort et possibilités de soins à domicile
- et surtout, volonté de la famille de garder l'enfant et capacité à le soigner.

vère (tétraplégie ou paraplégie) , il est difficile de déterminer si, sur le plan psychique, il n'est pas préférable pour l'enfant qu'il se trouve momentanément parmi d'autres enfants en cours de rééducation atteints également de façon grave, plutôt qu'au sein d'une famille qui est elle aussi traumatisée .

Pour les paralysies traumatiques, beaucoup plus fréquentes et secondaires notamment à des fractures du rachis dues à des accidents divers (route, piscine, ski, autres sports), nous retrouvons les mêmes indications de placement.

De même , un sujet atteint de spina bifida,et qui a survécu , ne nécessite pas de placement sur le plan strictement médical . L'enfant sera hospitalisé, si nécessaire, en cas d'épisodes infectieux (méningés,urinaires , parfois en cas d'escarres) .

Voyons maintenant quelques affections dépendant de l'orthopédie .

Dans le cadre des scolioses, la simple attitude scoliotique nécessite seulement de la gymnastique. La scoliose légère et souple est traitée par des massages, souvent un corset amovible et également une gymnastique appropriée . Les parents, s'ils sont coopératifs, peuvent, après avoir participé à quel-

ques séances de rééducation, prendre celle-ci en main. Si la scoliose est grave et fixe, le repos à plat, de la gymnastique, des appareils artificiels ou des plâtres successifs puis une greffe ankylosante sont nécessaires. Pour les formes évolutives avec grosses déformations, on a recours à une orthopédie spécialisée. Dans ces deux dernières formes, des hospitalisations sont indispensables.

En matière de luxation congénitale, l'important est de la prévenir par une mise en abduction des fémurs. Si la luxation est constituée, le traitement orthopédique consiste en une réduction, puis une immobilisation plâtrée ou avec des appareils en cuir. La récupération fonctionnelle aura lieu au bout de 12 à 14 mois . Pour ceci, seules de courtes hospitalisations sont nécessaires . En cas de coxa vara, un repos au lit, une extention continue, et parfois des plâtres pendant plusieurs semaines constituent l'essentiel du traitement. Une coxa plana est traitée sensiblement de la même manière. A ce propos, on peut dire que pour une ostéochondrite, quelle que soit sa localisation (rachis, hanche, genou, pied) il n'y a pas non plus de raisons strictement médicales entrainant un séjour en maison spécialisée . De même , des difformités au niveau du genou (valgum ou recurvatum) ou du pied (plat,

varus, bot) ou une agénésie partielle des membres, ne sont pas des indications purement médicales de placement.

On estime à 3 à 5 pour 100 000 habitants le nombre de cas nouveaux de rhumatismes chroniques chaque année (11- Attal C.) . A l'aide de différentes médications, on tente d'atténuer ou de supprimer les douleurs et les signes généraux afin de pouvoir entreprendre le traitement physiothérapique (mobilisation active et passive, mécanothérapie, massages),Ce dernier est poursuivi régulièrement tant que les signes d'évolutivité persistent afin d'éviter pour l'avenir les ankyloses et les attitudes vicieuses. Ici non plus, pas d'obligation strictement médicales à un placement.

Les fractures, soit au niveau du rachis et sans lésion nerveuse, soit au niveau des membres inférieurs, soit en un autre point du squelette, nécessitent dans certains cas, du repos au lit, souvent un plâtre et une rééducation des articulations et des muscles . Dans ces cas, l'enfant sera placé pour des raisons uniquement sociales .

11) Pathologie respiratoire

En ce qui concerne la tuberculose, sur le plan médical, l'enfant doit être placé si la contagion représente un danger pour son entourage ou si le contaminateur ne peut pas être écarté. Ce sont là les indications essentielles de placement pour cette affection.

D'autre part, la nécessité d'assurer un repos dans de bonnes conditions, peut être, en cas de primo-infection grave, une indication de placement. Nous estimons pour notre part que le rôle du climat est devenu très secondaire dans le traitement de la tuberculose et ne saurait à lui seul être une indication de placement.

Il est évident que si la famille ne comprend pas la nécessité de poursuivre le traitement médicamenteux de façon très régulière, et ceci pendant au minimum un an et parfois dix-huit mois à deux ans, cet enfant sera confié à un sanatorium.

Les tuberculoses ostéo-articulaires sont actuellement beaucoup plus rares chez l'enfant. En ce qui concerne le traitement médicamenteux, les considérations écrites à propos de la tuberculose pulmonaires sont valables ici. Mais, il s'y ajoute le fait que l'enfant peut être momentanément considé-

ré comme un handicapé moteur avec les difficultés que cela entraine sur le plan social .

L'asthme atteint 3 à 6 pour 1000 de la population française(13- Lévêque B.). Le placement peut être décidé pour des raisons médicales en premier lieu, psychologiques ensuite.

- Tout d'abord dans le but de réaliser une cure climatique à l'abri des allergènes. Certains auteurs (14- Halpern B. et G.) sont partisans d'un séjour prolongé d'environ trois ans sans interruption en altitude , lorsque les traitements médicamenteux habituels et surtout la désensibilisation n'ont pas abouti à des résultats favorables.

- Ensuite, lorsqu'il s'agit de sevrer le malade de thérapeutiques médicamenteuses nocives ou d'une corticothérapie abusive.

- Enfin, rappellons l'intérêt de la rééducation respiratoire qui parfois ne peut être entreprise à domicile du fait de l'isolement de celui-ci.

- Egalement, de mauvaises conditions d'habitat ou un environnement psychologique défectueux influencent directement l'évolution de la maladie et peuvent justifier un placement.

Pour un enfant atteint de dilatation des bronches, l'essentiel du traitement réside dans un drainage postural et une rééducation respiratoire efficace. On peut discuter l'intérêt d'un placement temporaire et les bénéfices que l'enfant en tirera. Car, si l'apprentissage d'un tel traitement peut être entrepris n'importe où (15, 16 - Préault et al ; 17-Enaud Bruley), il n'en reste pas moins difficile. Il est certain que l'enfant,quand il se trouve mêlé à un groupe, accepte beaucoup plus aisément tous les traitements proposés et que naturellement, il cherche à imiter ses camarades.En 8 à 15 jours, l'enfant a dejà appris à expectorer, et, s'il a un certain âge, il a compris l'intérêt d'une bonne méthode .

L'effet des cures climatiques est moins net que pour l'asthme, et souvent,l'amélioration de l'état de l'enfant est due à une meilleure kinésithérapie. Dans une telle bronchopathie, la stabilisation ne sera obtenue que si le traitement est indéfiniment prolongé et correctement pratiqué.

Nous dirons donc que l'on peut envisager de courts séjours en maisons spécialisée pour débuter ou reprendre un traitement . L'enfant viendra seul s'il est assez grand. Il existe également des centres où l'enfant, étant trop jeune pour venir seul, les parents peuvent venir apprendre la conduite du

traitement tout en étant logés sur place. Il est cependant indispensable qu'à partir du moment où l'enfant rentre chez lui, la façon dont le traitement est fait soit médicalement surveillée .Les placements de longue durée ne seront donc envisagés que pour des raisons médico-sociales.

D'une statistique française sur la fréquence de la mucoviscidose, il ressort qu'elle se situerait à environ 1 sur 1000 naissances (18) .

Le traitement de cette affection nécessite des aérosols afin de fluidifier les sécrétions. Ils doivent être administrés de façon continue pendant environ 10 heures la nuit et en trois séances d'environ 15 à 20 minutes par jour . Des séances quotidiennes de kinésithérapie respiratoire sont également nécessaires afin d'évacuer ce mucus lysé.Des séances de toux provoquée ont lieu avant chacun des repas de la journée ainsi que des séances d'expectoration ($\frac{1}{2}$ heure par jour chez le petit, 1 heure chez l'enfant plus grand). Divers médicaments, tels antibiotiques et extraits pancréatiques doivent être administrés en fonction du cas clinique. Le régime alimentaire est peu différent d'un régime normal.

Tous ces traitements peuvent et devraient être donnés à domicile. Un enfant dont l'état s'aggrave malgré des soins et une surveillance apparem-

ment correcte est hospitalisé, puis rendu à sa famille. Il est intéressant de souligner que dans les pays anglo-saxons, 80 à 90 % de ces enfants sont traités au domicile de leurs parents (19- Hennequet A.) .

On envisage donc le placement de l'enfant pour des raisons :

- médico-sociales telles le manque de médecin à proximité du domicile des parents ou l'absence de centre proche susceptible d'effectuer les bilans et les hospitalisations nécessaires.
- purement sociales en particulier, manque de moyens intellectuels et financiers, logement insalubre et surtout non coopération des parents.
- d'apprentissage du traitement.

Les maladies respiratoires à virus, bien que très fréquentes, sont la plupart du temps bénignes. Si leur évolution se prolonge, parfois sur plusieurs semaines, elles ne nécessitent pas cependant un placement pour des raisons médicales.

111) Pathologie cardiaque

Les cardiopathies congénitales dont la fréquence varie selon les auteurs et selon l'âge considéré (20- Normand et al.) bénéficient depuis 1945 des secours de la chirurgie . Les techniques opératoires à coeur ouvert pratiquées depuis 1954 permettent, sinon de guérir, du moins d'améliorer le sort de nombreux enfants.

Dans la plupart des cas, il faut essayer d'atteindre l'âge où les résultats sont les meilleurs. S'il existe une période aigüe, l'enfant est hospitalisé puis rendu à sa famille.

Le seul critère purement médical réside dans le fait que les conditions atmosphériques peuvent avoir une influence néfaste sur une cardiopathie relativement sévère ayant déjà donné lieu à des manifestations d'insuffisance cardiaque . Il faut éviter également les séjours en climat très froid ou au contraire chaud et humide, de même que les séjours en altitude supérieurs à 1500 - 2000 mètres.

Dans les autres cas, le placement est décidé pour des raisons médico-sociales :

- traitement médicamenteux en vue d'éviter une insuffisance cardiaque non suivi

- en cas de cyanose, l'oxygénothérapie nécessaire ne peut pas être installée au domicile de l'enfant

- surveillance médicale non assurée régulièrement

- des conflits affectifs ou psychologiques peuvent aggraver la maladie et rendre le placement nécessaire

Nous dirons avec P. Corone (21)"qu'il faut s'efforcer de laisser l'enfant mener une vie aussi proche que possible de celle de ses congénères ". Même dans les cas graves et inopérables, il ne semble pas souhaitable de séparer l'enfant de sa famille.

Le placement de l'enfant pour cardiopathies acquises, dont la fréquence diminue, répond aux mêmes critères que ceux des cardiopathies congénitales. Nous envisageons ici le rhumatisme articulaire aigü, qui est l'étiologie la plus fréquente des cardiopathies acquises. A ce propos, nous dirons qu'au cours d'une crise de rhumatisme articulaire aigu, la protection apportée par le traitement pénicilliné vis-à-vis des récurrences et la nette diminution des formes avec atteinte cardiaque grave, rendent généralement inutile sur le plan médical l'envoi d'un enfant en maison de convalescence qu'elle qu'ait été la forme clinique réalisée.

1V) Pathologie tumorale :

En ce qui concerne les enfants atteints de cancer, nous dirons avec O. Schweisguth et J. Lemerle (22),

" dans le mesure où son état physique le permet, il faut que l'enfant reprenne une vie normale, et la reprise scolaire en est le témoin le plus évident" .

Sauf nécessité d'ordre social, les placements de convalescence "au bon air" sont inutiles. L'avenir est si incertain qu'il faut respecter au maximum la cohésion familiale".

V) Pathologie urinaire

Les indications médicales du placement doivent être envisagées selon que la maladie est aigüe ou chronique .

Les affections aigües, se divisant en glomérulo et tubulo néphrites et néphrites intersticielles, nécessitent des investigations et un traitement entrepris soit à domicile soit à l'hôpital : dans la majorité des cas, avec l'association repos, régime et médicaments tels des antibiotiques, elles guérissent en quelques semaines.

Si des séquelles demeurent, elles rentrent alors dans le cadre des néphropathies chroniques . Par exemple, en ce qui concerne les syndromes néphrotiques, d'une fréquence de 2 à 5 pour 100 000 enfants, nous dirons avec R. Royer et al. (23) qu'avec la collaboration étroite des parents, l'enfant doit pouvoir mener, dans les périodes de rémission, même sous traitement, une vie quasi normale . De même, pour une insuffisance rénale chronique en période stable, la place de l'enfant est dans son cadre familial et scolaire. En cas de coma urémique, l'enfant est hospitalisé . De façon générale, ces affections nécessitent une surveillance et des bilans réguliers qui peuvent être entrepris sur le plan médical de façon ambulatoire.

VI) Diabète

On compte actuellement en France au minimum 3000 enfants atteints de diabète insulino-dépendant.

Il faut que la famille puis le plus tôt possible l'enfant prennent en main le traitement.

L'insulinothérapie qui seule permet à ces enfants de vivre, nécessite une discipline stricte (24- Lestradet H. et Quentin Cl.). L'enfant doit très jeune apprendre la routine quotidienne du traitement antidiabétique. Il est néces-

saire de connaître la façon de pratiquer des examens d'urines et de tenir un cahier de traitement. Les doses d'insuline injectées varient en fonction de l'état clinique et des examens d'urines pluriquotidiens. La technique des injections doit être parfaitement maitrisée. Enfin, si le régime alimentaire est libre, semblable à celui des autres menbres de la famille, il doit cependant être équilibré.

Pour réaliser cette éducation, Lestradet H. et Besse J. (25) envisagent les diverses possibilités offertes :

- la consultation hospitalière qui est la méthode la plus souhaitable
- l'hospitalisation qui, tout en devant être très courte permet d'instruire l'enfant et sa famille
- les maisons temporaires de vacances qui présentes l'avantage d'apprendre tout d'abord à l'enfant les bases du traitement et parfois également de perfectionner ou de corriger les habitudes prises. Mais ces auteurs notent quelques aspects négatifs, à savoir la facilité avec laquelle les familles envisagent ensuite de cette manière simple l'organisation des vacances . D'autre part, bien que ne reposant sur aucune étude génétique valable, il semble souhaitable de ne pas regrouper de façon répétée des adolescents de sexe différent et de ne pas favoriser

ainsi dans une certaine mesure les mariages entre jeunes diabétiques

- les maisons permanentes spécialisées qu'il faut réserver , seulement lorsqu'il n'existe pas d'autres solutions, aux enfants diabétiques orphelins et à des diabétiques particulièrement instables et qui poursuivent des études .

On ne trouve donc que très peu de raisons vraiment médicales au placement d'un tel enfant, mais seulement des raisons médico-sociales .

Une surveillance attentive permet dans la plupart des cas d'éviter l'acido-cétose et les accidents hypoglycémiques et d'assurer à cet enfant une vie normale.

VII) Epilepsie

En France, Heuyer fixe à environ 100 000 dont 10 000 enfants le nombre des épileptiques.

Lorsque le diagnostic d'épilepsie est posé, un traitement médical s'impose, après avoir naturellement éliminé une cause organique.

En cas de crises très fréquences et rebelles apparemment correct, on pourra essayer un placement en maison spécialisée afin de reprendre le

traitement à la base tout en surveillant attentivement les réactions du malade. Ceci semble constituer la seule raison médicale du placement. Dans la majorité des cas, l'enfant est placé pour des raisons médico-sociales :

- le traitement, qui doît être suivi avec rigueur sans la moindre interruption, ne peut être envisagé à domicile si la famille n'est pas coopérante ou si elle est incapable d'un tel effort.

- en cas de crises très fréquentes (environ 10 % des épileptiques selon certains auteurs -26- Grasset A.), la scolarisation ne peut s'effectuer dans un établissement normal.D'autant plus que, dans ces cas principalement, il existe presque toujours des troubles du caractère et un niveau mental un peu faible.

Nous dirons que, pour les enfants que l'on a pu stabiliser, soit environ 80 % des cas à l'heure actuelle,il est nécessaire qu'ils perdent le souvenir de cette épilepsie et cela ne peut se faire que si on les sort du milieu qui se préoccupe essentiellement de cette maladie (27 - Miribel) pour le remettre dans un circuit normal.

VIII) Les maladies héréditaires du métabolisme chez l'enfant (28- Lamy et al.) sont d'une grande diversité. Dans de nombreux cas, les troubles

menaçant ces enfants peuvent être évités grâce à la prescription précoce d'un régime alimentaire bien déterminé. Par exemple, l'oligophrénie phénylpyruvique peut être évitée si l'on prescrit un régime pauvre en phényl alanine, ceci très tôt et de façon régulière; de même, la galactosurie sera évitée si l'on supprime les sources de galactose de l'alimentation. Dans un même ordre d'idée, le traitement substitutif d'une hypothyroidie, diagnostiquée très précocément, permet d'éviter une arrièration mentale importante.

Si des hospitalisations pour crises aigües sont parfois nécessaires, les traitements d'entretien que l'on propose actuellement ne justifient pas de placement pour des raisons médicales, étant bien entendu que les prescriptions doivent être suivies par les parents et qu'une surveillance médicale fréquente est indispensable.

IX) Hémophilie

Chez ces enfants, l'essentiel est d'exercer une surveillance permettant d'éviter les gros traumatismes qui entrainent des accidents hémorragiques graves immédiatement et qui font planer le risque de séquelles articulaires. Jusqu'à la période d'âge scolaire, si les parents n'habitent

pas un lieu dépourvu en ressources médicales et s'ils sont coopératifs, le problème du placement ne se pose pas. Mais, lors de la scolarisation obligatoire, cet enfant peut difficilement être admis dans un établissement scolaire normal. S'il n'est pas possible aux parents de se déplacer et de se rapprocher des centres spécialisés, il peut devenir nécessaire d'y placer l'enfant comme interne.

b) Placement de courte durée : pathologie infectieuse aigüe

Lorsqu'une maladie infectieuse se déclare, l'hospitalisation s'impose parfois : gravité de la maladie, isolement non réalisable à domicile, ou environnement social insuffisant pour cet enfant malade.

L'enfant quitte l'hôpital après guérison clinique, lorsque les complications sont écartées.

En cas de maladie aigüe de courte durée atteignant des enfants précédemment bien portant, la durée de convalescence doit être relativement brève, inférieure le plus souvent à la durée de la phase aigüe.

Il faut savoir que pendant cette période, l'enfant a cependant besoin : - d'un repos suffisant

- d'un accroissement continu et progressif de l'activité physique
- d'un régime tenant compte des besoins accrus en certains éléments essentiels (protéines, vitamines)
- de jeux et d'occupations multiples

Tout ceci peut fort bien être réalisé au domicile de l'enfant et il n'y a généralement pas de raisons vraiment médicales à un placement.

Lorsque la maladie entraine des séquelles motrices, les problèmes sont les mêmes que pour les handicapés moteurs. Nous n'envisageons pas ici les problèmes de placement lorsqu'il existe des séquelles psychiques.

Il est bien certain que nous n'avons pas envisagé toutes les causes actuelles de placement. Il existe en particulier une affection qui n'a malheureusement pas disparue, à savoir le rachitisme, bien que dans la plupart des cas, il soit relativement aisé d'en éviter l'apparition. Il est à l'origine de nombreux placement dont l'indication mériterait parfois d'être plus sérieusement discutée .

CHAPITRE II

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Nous ne pouvons pas parler des placements d'enfants sans aborder les problèmes que pose la scolarisation des enfants handicapés.

Rappelons que, dans la Déclaration des droits de l'enfant, adoptée le 29 novembre 1959 par l'Assemblée des Nations Unies, il est écrit :

" Tous les enfants, sans exceptions aucune, ont droit à l'éducation et à l'instruction"

Ajoutons que, peut-être plus que tout autre, l'enfant handicapé a besoin d'acquérir un solide bagage intellectuel afin de pouvoir exercer une profession adaptée à ses moyens physiques . Ceci est l'aspect théorique du problème.

Sur le plan pratique, pour certains enfants tels ceux dont l'état de santé nécessite de nombreuses heures de rééducation ou une station allongée obligatoire, il est difficile de concilier à domicile le traitement médical et la scolarisation (31). Il y a donc certainement là, un argument en faveur de l'éloignement des enfants de leur famille et de leur séjour dans des internats spécialisés.

Mais, il ne faut pas oublier que l'handicapé physique a des problè-

mes psychologiques (29) qu'un enfant du même âge, ayant son intégrité physique, n'a pas. Pour cela aussi, lorsque l'on peut remédier à cette séparation, il est indispensable de le faire.

Il faut donc favoriser au maximum l'intégration dans les classes normales. S'il existe encore chez les enseignants et les responsables d'établissement certaines réticences à admettre ces enfants (par exemple, épileptiques, diabétiques(x), cardiaques,....), c'est au médecin qu'il revient de les apaiser . D'autre part, l'Education Nationale (30) fait actuellement des efforts afin :

- de dépister les handicapés
- de créer des classes spéciales dans les différents cycles, annexées aux classes normales .

Les horaires, les locaux, le matériel scolaire y sont adaptés en fonction du déficit physique. Un personnel compétent, instruit des problèmes particuliers qui se posent , est nécessaire.

Dans les villes, et souvent même dans le cas d'habitat rural, il existe des possibilités de ramassage scolaire organisé par la commune. Les

---

x) Par exemple, une circulaire du 20 mars 1963 aux recteurs et aux inspecteurs, parue dans le bulletin officiel de l'Education Nationale n° 14,le 14 avril 1963, envisage de façon positive l'admission des jeunes diabétiques en internat. Par contre, pour ces enfants diabétiques, la création d'établissements spécialisés irait à l'encontre le l'intérêt de la plus grande majorité d'entre eux.

enfants handicapés peuvent de cette façon,être mêlés à d'autres enfants.

Il existe également des méthodes d'éducation à domicile :

- certaines, fort anciennes, mais onéreuses pour la famille, tels les précepteurs ou le système des leçons particulières dans chaque discipline.
- d'autres, plus récentes, tels les cours par correspondance avec dans certains cas, visite périodique à domicile des professeurs ou bien des cours télévisés. Le centre national d'étude de télé-enseignement (CNTE) de Vanves est un organisme d'Etat qui s'occupe actuellement d'environ 80 000 personnes parmi lesquelles il n'y a cependant à l'heure actuelle que peu d'enfants handicapés.

Mais, pour notre part, nous dirons avec P. Corone (2I) qu'un enfant

" qui ne fréquente pas l'école, ne se mêle pas à ses congénères, est un enfant malheureux et qui restera "marqué" par cette lacune, même si son milieu familial est parfait, même si des cours par correspondance lui sont assurés ".

Nous envisagerons maintenant en quelques mots le domaine relativement vaste des problèmes psychologiques fréquents qui surviennent chez des enfants handicapés physiques placés de façon prolongée. Schématiquement , on

peut distinguer trois aspects:

- Tout d'abord, les problèmes sont ceux de tout enfant placé et ce sont dans le cas général essentiellement les conséquences d'une frustration affective et d'un sentiment d'abandon .

- Ensuite, le problème dû à son handicap est variable suivant l'atteinte présentée et la façon dont l'enfant la conçoit. Bien souvent, et particulièrement en cas d'atteinte grave ou "visible" , il a un sentiment d'injustice et de frustration, et il réagit volontiers soit par une attitude d'agressivité et de révolte, soit par une grande passivité . Il faut insister sur le rôle de la personnalité propre de la personnalité propre de l'enfant et sur l'attitude de son entourage.

- Enfin, dans les cas où les deux problèmes sont associés, on conçoit aisément la nocivité du placement pour le développement culturel et psychique de l'enfant. Une exception possible à ceci : en cas de surprotection familiale, l'enfant est alors mis dans une situation de réelle infériorité et il ne peut s'épanouir de façon satisfaisante. Dans ce cas, un placement est envisageable.

En dehors de l'enfant, les parents eux-mêmes , bien qu'ils consi-

dèrent souvent que c'est pour le bien de l'enfant qi'ils acceptent le placement, se sentent culpabilisés. Si on doit les rassurer lorsque le placement est médicalement utile, il est nécessaire,ainsi que le dit M. Soulé (32) de les aider lorsque cela est possible, à ne pas fuir leur responsabilité.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

CHAPITRE III

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Substitut du placement : hospitalisation à domicile .

Sur le plan médical, l'hospitalisation à domicile, représente actuellement le meilleur espoir de substitut au placement .

Ce mode de traitement assure quotidiennement à domicile, sous la direction d'un médecin choisi par la famille, tous les soins que requiert l'état de l'enfant. Les examens de laboratoire, les soins par les auxiliaires médicaux spécialisés, la fourniture éventuelle d'appareils, sont assurés par le service. La prise en charge du traitement est la même que lors d'un séjour normal à l'hôpital.

Des expériences de cette méthode de traitement ont débuté en France en 1951. Le service de l'Assistance Publique à Paris, le plus ancien et le plus important organisme de ce genre, a été crée en 1960 . Il existe également d'autres groupes tels "Santé Service " et "l'hôpital à domicile"(33)

Jusqu'en 1969, c'est-à-dire très récemment, seuls les adultes en bénéficiaient (34- Trémollières , 35- Candotti). Dans une communication à

l'Académie de Médecine (36), R. Mande rapporte les résultats d'une expérience de dix mois chez des enfants . Il en ressort que ceci devrait permettre et c'est pourquoi nous mentionnons ce système, d'éviter le placement dans de nombreux cas.

Sur le plan économique, son intérêt est manifeste également . Une journée d'hospitalisation à domicile a un prix de revient d'environ la moitié de celui d'une journée d'hospitalisation normale. Et si le coût d'une journée de placement est moindre, la durée de l'hospitalisation à domicile n'a, de loin, pas besoin d'être aussi longue que celle d'un placement.

Malheureusement,ce système ne peut pas être appliqué à tous les cas. Des problèmes d'ordre sociaux se posent souvent de façon telle qu'il faut se résoudre à séparer l'enfant de sa famille : ressources financières insuffisantes, logement exigu et surpeuplé, famille désunie ou de santé précaire (x) .

Ainsi, dans une certaine mesure, la généralisation de l'hospita-

---

x) Mais, nous devons remarquer à ce propos que les problèmes de placements ne concernent pas uniquement les familles que l'on peut appeler socialement défavorisées. Il existe des cas où, bien que les conditions sociales puissent être considérées comme bonnes, il ne se trouve personne capable de s'occuper de cet enfant handicapé.

lisation à domicile passe par l'extension qualitative et quantitative des diverses formes d'aides sociales .

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

CONCLUSION

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Il ressort de cette étude que les indications médicales de placement après hospitalisation sont relativement peu nombreuses. Dans la plupart des cas, c'est la convergence de raisons médicales et sociales qui entraine la décision.

Aussi faut-il s'efforcer, au moment de la décision, tout d'abord d'en avoir bien précisé les raisons purement médicales, et ensuite de s'être assuré que le contexte social ne permet pas, pour divers motifs, de satisfaire les besoins correspondants. Le placement ne doit pas être une fuite de responsabilité de la part du médecin ou de la famille, car, s'il résout en apparence un problème immédiat, il en crée pour l'avenir de plus redoutables.

La scolarisation, qui doit être assurée dans la mesure du possible, n'est qu'un aspect matériel du problème de l'insertion sociale de l'enfant handicapé .Le climat psychologique dans lequel devrait vivre l'enfant est beaucoup plus difficile, tout d'abord à définir, et ensuite à réaliser. L'handicapé a besoin d'une certaine protection, mais il ne doit pas ressen-

tir son activité comme une aumône que la société lui fait. Il faut : au contraire lui donner une activité aussi proche que possible des autres enfants .

Il y a donc association de tous ces facteurs, médicaux, sociaux, psychologiques. La tendance actuelle est de limiter les placements, et de les remplacer , quand cela est possible, par l'hospitalisation à domicile , qui associe une bonne surveillance et l'absence de cassure de la vie familiale.

Une décision d'une telle importance, engageant l'avenir de l'enfant, tant au point de vue physique qu'intellectuel et psychique, ne devrait être prise qu'après consultation des responsables du service. En tout état de cause,il est indispensable que des liaisons constantes soient établies avec les differantes personnes qui ont la charge de l'enfant.

L'effort de l'organisation sociale dans tous les domaines devrait permettre, sauf bien entendu en cas de nécessité d'ordre médical, de ramener au minimum, dans les décennies à venir, le nombre des enfants séparés de leur famille .

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

BILIOGRAPHIE

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

I) Exploitation statistique du répertoire des établissements pour enfants inadaptés - mise à jour 1969 -
Centre national technique pour enfants et adolescents inadaptés -
1, rue du 11 novembre . 92 - Montrouge

2) LAUNAY C. et DAVY C.
L'hospitalisme en pédiatrie
La Revue du Praticien - 2I juin 1965 - n° 18 - p. 2405 - 24I2
Baillière - Paris

3) ABOUDRAR - SALGO Jeanne :
L'hospitalisme - ses conséquences psychopathologiques chez le jeune enfant .
Concours Médical 10 - 5 - 1969 p. 4045 - 4048

4) MUSSET A. :
Rééducation en pratique courante
1 volume - Editions Maloine - 1963

5) Guide Néret pour les handicapés
1 volume - Editions Néret - 197I

6) SALBREUX R. :
L'enfant infirme moteur cérébral et sa famille
Revue du Praticien - 1 avril 1969 - n° 10 - p. 1583 - 1593

7) NORMAND Gisèle :
Problèmes psychologiques et pratiques posés par le "placement" des enfants infirmes moteurs cérébraux
Revue du Praticien - lavril 1969 - n° 10 - p. 1595 - 1600

8) BELAISCH G. :
Les myopathies (données récentes)
Revue du Praticien - nov-déc 1969 n° 6

9) DAGUE P. , DEMOS J . , FLORENTIN M. :
Myopathie - psychisme et microcirculation
Concours Médical - 8 novembre 1969 - p. 1014 - 1019

10) CELERS C. :
Evolution de la poliomyélite en France
Concours Médical - 14 juin 1969 p. 5179 - 5188

11) BERTOYE A. , GARIN J.P. , VINCENT P. , GIRARD M. , MONIER P. et HUMBERT G.
Le retour à domicile des insuffisants respiratoires chroniques appareillés .
Lyon Médical n° 38 1965

12) ATTAL C. :
Les rhumatismes chroniques de l'enfant
Concours Médical 8 février 1969 p. 1105 - 1114 I)
15 février 1969 p. 1323 - 1327 II)

13) LEVEQUE B. :
Le retentissement social de la maladie asthmatique chez l'enfant
Concours Médical - 10 janvier 1970 p. 320

14) HALPERN B. et G. :
Médecine et Hygiène n° 900 (1970)

15) PREAULT M. et CANTORBE P. :
Le traitement médical actuel de la dilatation des bronches
dans Assistante Sociale n° 3 juin - juillet - août 1963

16) LATAYET M. , GALY P. , PREAULT M. :
Traitement médical de la maladie bronchectasique de l'enfance et de l'adolescence
Expérience d'un centre climatique spécialisé
Annales de Pédiatrie - 1969 - p. 1473

17) ENAUD - BRULEY :
Les maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé dans le

17) suite : traitement des maladies chroniques non tuberculeuses des voies respiratoires
Revue d'Hygiène et de Médecine Sociale
Juin 1961 - tome 9 - n° 4 p. 362 - 380

18) Statistique sur la fréquence de la mucoviscidose
Concours Médical 24 avril 1971 p. 3264

19) HENNEQUET A. :
Le praticien devant la mucoviscidose
Concours Médical 22 juin 1968 p. 4941- 4948

HENNEQUET A. :
Observations tirées d'un centre de diagnostic et de traitement de la mucoviscidose
Annales de Pédiatrie - 1969 - p. 1483 - 1491

21) CORONE P. et LAINEE R. :
Problèmes médico-sociaux posés par les cardiapathies congénitales
Revue du Praticien - 21 novembre 1964 n° 30 -p. 3797-3805

CORONE P. :
Le médecin traitant devant une cardiopathie congénitale
Concours Médical 9 novembre 1968 p. 7481 - 7487

20) NORMAND J. , DELAHAYE J-P , et FROMENT R. :
Cardiopathies congénitales
Revue du Praticien - 21 novembre 1970 - n° 30 - p. 4891-4907

22) SCHWEISGUTH O. et LEMERLE J . :
Problèmes humains en carcinologie
Revue du Praticien - 21 mars 1968 - n° 9 p. 1285 - 1290

23) ROYER R. , HABIB R. , MATHIEU H . :
Problèmes actuels en néphrologie infantile
I volume Editions Médicales Flammarion (1968)

24) LESTRADET H. et QUENTIN Cl. :
Conduite de l'insulinothérapie dans une collectivité de jeunes diabétiques .

24) suite : La Revue de Pédiatrie - nº I - janv. fév. mars I966

25) LESTRADET H. et BESSE J. :
Problèmes médico-sociaux posés par le diabète infantile
dans Bulletin d'information de l'aide aux jeunes diabétiques
nº 3 - année 1966

26) GRASSET A. :
L'enfant épileptique
1 volume - Paris P.U.F. 1968

27) MIRIBEL J. :
L'épilepsie de l'enfant . Problèmes médico-sociaux . L'expérience du domaine du Plovier
dans Bulletin du Service Social des organismes de la Sécurité Sociale nº 135 - 136 p. 1 - 53 1966

28) LAMY M. , ROYER P. , FREZAL J. , REY J.,, :
Maladies héréditaires du métabolisme chez l'enfant .
I volume - Paris Masson et Cie 2é édition 1968

29) MOOR L. :
Problèmes psychologiques des enfants et adolescents handicapés physiques .
Concours Médical - 10 juillet 197I p. 5083 - 5087

30) L'enfance inadaptée et le ministère de l'Education Nationale .
Brochure éditée par l'institut pédagogique national

32) SOULE Michel :
Les placements d'enfants dits "cas sociaux" . Bon air ou désadaptation ? (de l'obligation de réfléchir avant de prescrire un placement
Concours Médical - 20 février 197I p. 126I - I268

33) Hospitalisation à domicile :
Participation du médecin traitant
Concours Médical - I7 avril 197I - p. 3005 - 3008

34) TREMOLLIERES R. :

Le service d'hospitalisation à domicile de l'Assistance Publique de Paris

Concours Médical - 27 mars 1971 - p. 2409 - 2412

31) LEFEVRE Lucien et DELCHET Richard :

L'éducation des enfants et adolescents handicapés

Tome I) les handicapés moteurs (1969)

I volume - Les Editions Sociales françaises

35) CANDOTTI A. :

Hospitalisation à domicile en priorité en faveur des malades cancéreux

Vie Sociale n° 4 avril 1970 p. 208 - 210

36) MANDE R. :

L'hospitalisation à domicile dans un hôpital d'enfants à Paris

Communication à l'Académie de Médecine - le 5 janvier 1971

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Vu : le Président

Signé : R. MANDE

Vu : le Doyen

Signé : P. MILLIEZ

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de PARIS

Signé : R. MALLET